FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1926

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

Pierre, Edmond, Eugène ESCANDE

Né le 13 juillet 1900 à Mazamet (Tarn)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA TORSION TUBAIRE

Président : M. J.-L. FAURE, *Professeur*

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1926

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	GILBERT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TESSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	ROUVIÈRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
RAMI . . .	Pathologie médicale.
GLAVE . .	Pathologie chirurgicale.
BERTIN . .	Pathologie médicale.
SSET . . .	Pathologie chirurgicale.
UDOUIN . .	Pathologie médicale.
NET	Physiologie.
CHETIÈRE . . .	Chimie biologique.
ANCA . . .	Histologie.
ULÉ	Pathologie médicale.
. . . . .	Pharmacologie et matière médicale.
DENAT . .	Pathologie chirurgicale.
AMPY . .	Histologie.
IRAY . .	Pathologie médicale.
ERC . . .	
BRÉ	Hygiène.
de JONG . .	Anatomie pathologique.
VOIR . . .	Médecine légale.
ALLE . . .	Obstétrique.
ESSINGER	Pathologie médicale.
IX	
RNIER. . .	Pathologie expérimentle.
RVIER. . .	Pathologie médicale.
ITZ-BOYER	Urologie.

MM	
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX . . .	Parasitologie.
LABBÉ(Henri).	Chimie biologique.
LARDENNOIS.	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER. .	Obstétrique.
LEMAITRE. .	Oto-rhino-laryngologie.
N.	Pathologie médicale.
LEVY-SOLAL.	Obstétrique.
LHERMITTE .	Pathologie mentale.
LIAN. . . .	Pathologie médicale.
MATHIEU . .	Pathologie chirurgicale.
METZGER. . .	Obstétrique.
MOCQUOT .	Pathologie chirurgicale
MONDOR. .	
MOURE. . .	
MULON. . . .	Histologie.
PHILIBERT. .	Bactériologie.
RIBIERRE . .	Pathologie médicale.
RICHET Fils .	Physiologie.
TANON	Pathologie médicale.
VAUDESCAL .	Obstétrique.
VELTER . . .	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.
VILLARET . .	Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
UGEROT. .	Pathologie médicale.
JÉNIOT. . .	Obstétrique.

MM.	
RETTERER. .	Histologie.

— IV. AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQU

à titre permanent

MM.	
AUVRAY . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU .	
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.
LEREBOULLET . . .	Clinique médicale infantile.

MM.	
LÉRI	Clinique médicale.
LŒPER. . .	
PROUST . . .	Clinique chirurgica
N....	Clinique médicale.
SCHWARTZ. .	Clinique chirurgica

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	Chargé du cours de chirurgie orthopé chez l'adulte pour les accidentés du vail, les mutilés de guerre et les infi adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opi émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées c propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni in bation.

A MON PÈRE

Mon premier maître.
Mon meilleur ami.
Ce faible témoignage de mon affection.

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR J.-L. FAURE

Officier de la Légion d'Honneur
Professeur de Clinique gynécologique
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine

Qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

A M. le Docteur DOUAY

Chef des Travaux gynécologiques à l'Hôpital Broca

Sous la bienveillante direction de qui nous avons élaboré ce travail.

A M. le Docteur DEVRAIGNE

Accoucheur des Hôpitaux

A MES AMIS FRÉDET ET STEHELIN

Internes des Hôpitaux de Paris

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

M. le Docteur JOSUÉ (*in memoriam*).
M. le Professeur LEGUEU.
— SEBILEAU.
— DE LAPERSONNE.
— BAR.

Externat

M. le Docteur MICHON.
— SOULIGOUX.
— DUHEM (fonctions d'assistant).
— ROY.

A M. le Docteur BERNARD.
— LE FILIATRE.

GÉNÉRALITÉS

Envisageant dans son ensemble la torsion des trompes, il semble que nous puissions en distinguer trois modes :

1° *La torsion des annexes malades* où la trompe se tord du fait de ses lésions ;

2° *La torsion des annexes saines* qui semble actuellement bien démontrée par de nombreuses observations ;

3° *Enfin la torsion des annexes saines en dehors de l'abdomen dans un sac herniaire.*

Nous n'insisterons pas sur cette dernière variété qui ne présente d'ailleurs pas grand intérêt en dehors du point de vue anatomopathologique.

La torsion des trompes malades est un chapitre beaucoup plus important et que de nombreuses observations sont venues illustrer depuis l'époque relativement récente où on la signala pour la première fois.

Nous éliminerons naturellement du cadre de ce chapitre les cas où la torsion de la trompe n'est en somme qu'un épiphénomène, c'est-à-dire ceux où elle est secondaire à la torsion d'un kyste de l'ovaire par exemple, ou plus rarement d'un kyste du parovaire. Une observa-

tion avec figure à l'appui de cette dernière affection nous montrera la différence des lésions que l'on observe à l'examen entre cette torsion et la torsion d'une trompe malade.

La torsion de la trompe est l'apanage des salpingites kystiques, car le kyste salpingien développé aux dépens de la partie externe de la trompe, possède un pédicule formé par la partie juxta-utérine. En effet, ce qui conditionne la torsion c'est, comme le dit Perrin, « la formation d'un pédicule qui, pour la trompe, ne peut s'effectuer que par une distension progressive d'une partie qui, faisant traction sur le méso, l'allonge et en fait un véritable pédicule ».

« Ce sont toujours, dit Legueu, des hydrosalpinx qui subissent la torsion et, une fois la torsion effectuée, la tension s'élève dans le système circulatoire de la tumeur, de là des épanchements sanguins intratubaires et interstitiels qui modifient la couleur du contenant et du contenu ».

Cette affirmation s'appuie sur la mobilité des hydrosalpinx, l'absence habituelle d'adhérences à leur niveau pouvant s'opposer à la torsion.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A. — Torsions d'annexes malades

Dans la première observation signalée en France en 1892, Pierre Delbet, trompé par des signes cliniques analogues à ceux de l'occlusion intestinale (douleurs, vomissements, arrêt des matières et des gaz), avait porté le diagnostic d'étranglement par volvulus de l'S iliaque. A l'ouverture de l'abdomen, il se trouva en présence d'une masse noirâtre et tordue, ressemblant si parfaitement à deux anses intestinales accolées, que force lui fut de dérouler tout le paquet intestinal pour être bien sûr que la tumeur n'en faisait pas partie.

1° **Aspect.** — C'est en effet une masse présentant la plus grande ressemblance avec l'intestin étranglé que l'on trouve à l'ouverture de l'abdomen dans les cas de torsion. Par suite des épanchements sanguins intratubaires et interstitiels qui modifient la couleur du contenant et du contenu, la tumeur présente une coloration rouge foncé (Obs. I et II) violacée, teinte aubergine (Obs. III), noirâtre (Obs. IV), qui la rend visible par transparence sous le péritoine dès avant son ouverture.

2° **Sa forme** est d'une façon générale, celle de l'ovoïde, à grosse extrémité externe ; elle n'est pas toujours régulièrement lisse, mais souvent lobulée ou irrégulière par suite de l'inégale épaisseur des parois.

3° **Son volume** est essentiellement variable. Nous le voyons dans nos observations, comparé tantôt à une grosse noix (obs. III), tantôt à une mandarine (obs. II), tantôt au poing (obs. I). Dans deux cas, on l'aurait vu atteignant le volume d'une tête de fœtus à terme.

Ces cas sont exceptionnels et nos observations nous semblent bien indiquer les moyennes dans lesquelles varie le volume de la tumeur.

4° **La tumeur** siège toujours à l'extrémité de la trompe, dans ses 2/3 externes aux dépens desquels elle se développe, le plus souvent aux dépens du pavillon dont les franges ont disparu au cours de la distension.

5° **Côté atteint.** — Les deux trompes ne sont d'ailleurs pas atteintes avec la même fréquence et il semble que l'affection frappe plus particulièrement le côté droit : les 2/3 au moins des cas signalés siègeaient à droite et nous le voyons nous-même atteint trois fois sur quatre sans que l'on puisse expliquer cette prédominance.

Le siège de la tumeur tordue peut ne pas être du côté de la torsion : expliquons-nous : une salpingite droite tordue peut ne pas se trouver à droite. C'est ainsi que dans l'observation I la tumeur qui était une torsion de la trompe à droite a été perçue au toucher non pas franchement à droite, mais en avant de l'utérus et que dans

les observations II et IV la masse était perçue en arrière dans le Douglas. Ici d'ailleurs le diagnostic de localisation était possible, car une partie de la torsion restait latérale, mais on a vu parfois la tumeur se trouver véritablement du côté opposé à la torsion, égarant ainsi totalement le diagnostic de localisation tubaire.

6° **Le pédicule.** — Au delà de la tumeur, nous trouvons le pédicule tordu sur lui-même. Le pédicule n'est autre que la trompe peu augmentée de volume en général et la portion du ligament large qui lui est annexée et contient les vaisseaux. Cette partie au-delà de la torsion est souvent comme dans notre obs. III de coloration tout à fait normale. Elle est le plus souvent très allongée et nous la voyons dans notre obs. II longue de 6 cm., de 3 cm. dans l'obs. IV. Sa direction est à peu près horizontale ou s'en rapproche.

7° **Le nombre de tours** de spires est variable : un tour et demi, 3 tours, encore un tour et demi, disons-nous dans nos observations, tantôt en anté, tantôt en rétro-torsion. Cette torsion est très étroite et très serrée dans l'obs. III, par contre dans l'observation II, la torsion porte sur une large zone et n'est que très peu serrée.

8° **Etat de l'ovaire.** — L'ovaire, dans nos observations, est toujours resté en dehors de la torsion.

9° **Le contenu de la tumeur** est un liquide sérohématique, noir, non coagulé (obs. IV) ; c'est bien un hydrosalpinx transformé par la torsion en hématosalpinx. Il n'y a pas de caillots.

Dans toutes nos observations, nous relevons la présence d'un peu de sérosité rosée, légèrement hématique dans le péritoine qui, dans un cas, retirée par ponction du Douglas (obs. II) semble confirmer l'hypothèse d'hématocèle que l'on avait portée. On comprend en effet qu'à côté de l'hémorragie intrakystique et intrapariétale, il puisse y avoir par pression osmotique, hémorragie intrapéritonéale.

10° **Examen de la pièce opératoire.** — L'examen microscopique n'a pas été fait dans les cas que nous rapportons. Il est fort probable que l'on y eut trouvé les lésions que l'on a l'habitude de trouver en pareil cas, lésions d'infarctus et qui sont maintenant bien connues :

Le canal tubaire est agrandi ;

L'épithélium qui revêt une forme cubique est par places complètement arraché, les franges ont disparu ;

La muqueuse très épaissie est le siège d'hémorragies de toutes sortes. Il en est de même de la musculeuse ; chacun des éléments semble nager dans le sang.

Les artères sont restées perméables : parfois dans les plus grosses ébauches de caillots, de nombreuses travées fibreuses les cloisonnent.

Les veines sont toutes dilatées à l'extrême et thrombosées ;

Nous verrons l'importance de ces constatations dans le mécanisme d'accroissement de la tumeur ;

Le contenu de la tumeur est, dans la majorité des cas, stérile. On y a trouvé quelques coccis qui seraient en tout cas tout à fait dépourvus de virulence ;

Les organes voisins peuvent être modifiés ou déplacés du fait de la torsion. L'utérus est souvent légèrement tordu sur son axe du même côté que la lésion, souvent aussi en rétroversion ;

Des adhérences molles peuvent s'établir avec les organes voisins, l'intestin et surtout l'appendice que l'on trouve quelquefois accolé à la face supérieure de la tumeur. Ce sont toujours des adhérences récentes qu'une simple pression suffit à décoller ;

Les annexes de l'autre côté peuvent être saines ;

Dans un de nos cas il présentait les mêmes lésions que le côté tordu, à leur stade de début : « à gauche petit hydrosalpinx de la grosseur d'une amande, développé aux dépens de la portion ampullaire de la trompe : il présente un commencement de torsion d'un demi-tour, très facilement détordu, laissant l'ovaire en dedans, accolé à l'utérus ». Nous reviendrons sur ce cas à l'étude de la pathogénie.

B. — **Torsion des trompes saines**

Elle fut pour la première fois discutée par Auvray en 1912, s'appuyant sur des cas survenus chez des jeunes filles n'ayant aucun passé génital. Il a soutenu la possibilité d'une torsion survenant en dehors de toute affection salpinguine antérieure. Il est bien certain qu'en pareil cas l'examen histologique de la trompe tordue doit lever tous les doutes et montrer l'intégrité de la trompe.

A l'appui de nos dires, nous citerons ici les examens

anatomo-pathologiques des deux observations de M. Auvray et de celle de MM. Rocher et Jeanneney, relatives aux torsions des trompes normales.

1re Observation de M. Auvray rapportée dans les archives mensuelles d'obstétrique et de gynécologie (tome II, 1912).

« A l'examen histologique, aussi bien sur les coupes passant par l'extrémité de la trompe, près de l'orifice abdominal, que sur celles passant près de la partie tordue, on ne trouve qu'un vaste infarctus de la trompe et de l'ovaire adjacent, la paroi musculaire lisse et la couche séreuse seules de la trompe sont reconnaissables et assez bien conservées : tout le reste de l'organe est complètement dissocié, infarci par le sang : les vaisseaux capillaires très dilatés sont remplis de sang ainsi que ce qui reste des franges de la muqueuse tubaire. Il en est de même pour l'ovaire voisin qui n'est plus qu'un caillot sanguin parcouru par des bandes fibreuses, reliquat du tissu propre de l'ovaire. Nulle part on ne trouve trace de villosités choriales ou de formations placentaires. L'aspect des préparations rappelle absolument celui des coupes du testicule atteint de torsion avec infarctus, dont j'ai eu l'occasion d'examiner plusieurs cas. D'après l'étude des préparations du cas actuel, il est évident qu'on se trouve en présence d'une torsion serrée de la trompe et de l'ovaire normaux ; ces organes ne présentant aucune autre altération anatomique qu'un infarctus hémorragique ».

2e Observation de M. Auvray rapportée dans les *Archives mensuelles d'obstétrique et de gynécologie* (tome IV, 1913).

« Ces pièces ont été examinées par notre collègue Roussy, au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté.

Voici la note qu'il a bien voulu nous remettre :

« On a prélevé pour l'examen microscopique des fragments de la trompe portant sur la partie la plus interne, la partie moyenne (dans la région tordue), la partie externe

attenant à la poche kystique et enfin différentes portions de la paroi du kyste ».

« Sur les préparations de la trompe utérine, on note partout un processus de nécrose et d'hémorragie extrêmement prononcé ; par endroits, les vaisseaux sont fortement dilatés, ailleurs ce sont de fortes nappes hémorragiques infiltrant de toutes parts les parois salpingiennes et faisant irruption dans la lumière de la trompe. Enfin, tous les éléments fortement atteints de nécrose se colorent difficilement, ce qui fait que la muqueuse et les cryptes glandulaires se distinguent difficilement.

Les lésions se retrouvent avec la même intensité sur les différents fragments de la trompe, exception faite cependant pour la portion la plus interne où les processus d'hémorragie ou de nécrose sont moins prononcés. A ce niveau existent, dans les parois, des cellules inflammatoires mononucléaires, épithélioïdes et quelques rares cellules géantes. De par les caractères de ces éléments inflammatoires et l'absence de polynucléaires, il est vraisemblable qu'il s'agit là de réaction secondaire et contingente, résultant de la torsion primitive et non d'une lésion de salpingite antérieure à la torsion.

Enfin, la paroi de la poche est représentée par une charpente conjonctivo-musculaire renfermant par endroits quelques cryptes glandulaires et tapissée en certains endroits, sur sa face interne, par un épithélium cylindrique. Ici encore les tissus sont fortement nécrosés.

L'examen microscopique montre donc que la paroi du kyste hématique est représentée par la trompe utérine dilatée et nécrosée.

On ne relève aucune lésion appréciable sur les coupes microscopiques de l'ovaire et de l'appendice qui ont été enlevés en même temps que la trompe ».

Dans l'observation de Rocher et Jeanneney (de Bordeaux), rapportée par M. Auvray (Société de chirurgie, 10 mars 1926

(*Bulletins et Mémoires*, tome LII, n° 10, 20 mars 1926) l'examen anatomo-pathologique fait par M. Sabrazès montre des lésions rappelant celles rencontrées dans les volvulus de l'intestin ou de la vésicule. Morceau de la poche dilatée d'apparence kystique, au niveau du point de dilatation maxima.

On reconnaît une armature conjonctive dont il ne persiste que les plis collogènes sans noyaux reconnaissables ou avec quelques ombres nucléaires. On reconnaît aussi des vaisseaux dans lesquels le sang est coagulé et les hématies tassées. Beaucoup de vaisseaux sont gorgés de sang, quelques-uns affleurent même la cavité. Il n'est pas surprenant que ces vaisseaux aient été rompus et aient provoqué une hématosalpinx. On reconnaît très mal les fibres musculaires lisses, leurs noyaux sont devenus incolorables, leur tissu est comme craquelé. Bref, paroi distendue dont il ne reste qu'un squelette fibreux et des parois gorgées de sang. Il est des régions beaucoup plus endommagées. Dans les segments, les mailles du collogène sont relâchées, ce collogène est effrité. Beaucoup de noyaux sont devenus incolorables, d'autres sont grossièrement érytrophiles. Cet aspect rappelle les lésions des volvulus ».

PATHOGÉNIE

La pathogénie de la torsion est, nous l'avons dit, fort mal connue et les explications les plus différentes sont données de son mécanisme. Il est bien certain tout d'abord qu'ici encore il faut faire une différence complète entre la torsion d'une trompe malade et la torsion d'une trompe saine. La même explication ne saurait, en effet, convenir aux deux cas, la trompe saine n'étant pas un organe pédiculé, la trompe pathologiquement modifiée se formant un pédicule aux dépens de sa portion interne.

Tout d'abord un certain nombre de conditions semblent indispensables pour permettre la torsion des trompes malades : *le siège tubaire d'abord*, c'est une condition sine qua non, car ce qui conditionne la torsion, c'est la formation d'un pédicule qui, pour la trompe, ne peut s'effectuer que par une dilatation lente, progressive, d'une partie qui fait aussi traction sur le mésosalpinx, l'allonge et arrive à en faire un véritable pédicule.

Ce pédicule, il faut de plus qu'il soit *mince et long*.

Ceci s'explique par ce que nous venons de dire tout à l'heure, plus la tumeur augmente de volume, plus elle distend et allonge son pédicule.

Aussi trouvons-nous dans nos observations presque régulièrement relevé un méso particulièrement lâche et long. Est-ce une conséquence ou une cause directe de la torsion ? nous admettrions plutôt la seconde hypothèse, et qu'un meso primitivement lâche et long a été à l'origine de la torsion.

La tumeur enfin doit être *mobile* et cette condition se passe de commentaires. Il est bien évident qu'une salpingite inflammatoire qui a contracté des adhérences avec les organes voisins ne saurait être susceptible de torsion, à moins encore toutefois qu'une bride ne soit la cause directe de cette torsion comme le cas a été deux ou trois fois observé.

Et pour compléter cette troisième condition, nous ajouterons que la tumeur sera d'autant plus mobile que sera *liquide son contenu*, parce que toutes les pressions exercées sur elle auront tendance à faire déplacer son centre de gravité. Voila pourquoi ce sont les hydrosalpinx qui réalisent le plus souvent cette complication à cause de leur plus grande mobilité et de l'absence d'adhérences, ou, comme le dit Selheim : « plus la tumeur est mobile, et plus est liquide son contenu, plus facilement se produira la torsion ».

Plus obscure encore est la pathogénie des trompes saines.

Il semble que là aussi il faille attribuer une grosse importance à *la longueur de la trompe* et également

de son méso, anomalie que nous retrouvons dans presque toutes les observations.

D'autre part apparaît aussi très important le rôle de ces *flexuosités* des trompes, de ces torsions en spirale qu'on rencontre normalement pendant la vie fœtale et qui peuvent persister d'une façon assez marquée en tant qu'anomalie congénitale après la naissance et chez l'adulte.

Sous l'influence d'une *congestion passagère*, on peut admettre que la trompe augmente de volume, qu'elle devienne plus pesante et la congestion agit en accentuant la torsion préexistante, après quoi *la théorie de Payr* expliquerait encore la torsion consécutive.

Cette congestion passagère a été mise sur le compte de la menstruation et en effet, on a noté fréquemment l'apparition ou la recrudescence des phénomènes douloureux quelques jours avant les règles.

Les auteurs allemands invoquent surtout les *mouvements violents,* la gymnastique comme cause de la torsion.

D'autres ont voulu faire jouer un rôle au *péristaltisme tubaire.*

Toutes ces hypothèses sont vraisemblables,mais où est la vérité ? Il est probable que restera longtemps obscure la question de la pathogénie et nous dirons *avec J. L. Faure* que « savoir comment elles se tordent n'a pas grande importance, l'important est de savoir qu'elles se tordent et de s'attendre à les rencontrer ».

ÉTUDE CLINIQUE

Le tableau clinique est essentiellement variable. On a décrit une forme aiguë se présentant avec tous les signes d'un cataclysme abdominal et une forme chronique caractérisée seulement par des épisodes douloureux coïncidant généralement avec les règles et séparés par des intervalles plus ou moins longs de calme, sinon de santé parfaite. L'opposition n'est pas si tranchée que les mots aigu, chronique sembleraient l'indiquer et nous devons savoir qu'il y a entre les deux formes tous les intermédiaires. Une crise aiguë peut parfaitement se calmer pour un temps sous l'influence du repos et de la glace par exemple, de même qu'une forme chronique est susceptible de présenter brutalement tous les accidents de la forme aiguë. Peut-être parce que les épisodes douloureux aigus ne sont pas tant en rapport avec le phénomène mécanique de la torsion qu'avec les phénomènes circulatoires (hémorragie ou thrombose). Et ceci nous explique que les paroxysmes douloureux sont souvent en rapport avec les règles ou la grossesse, avec toute les causes de congestion du petit bassin et aussi qu'une

crise aiguë puisse céder à un traitement décongestionnant, tel que le repos et la glace.

La torsion aiguë nous paraît être la plus commune, bien que ce ne soit pas le cas dans nos observations, sauf l'obs. I, d'ailleurs pas typique, et l'observ. IV qui n'est pas pure.

Elle est de règle dans les observations de torsion des trompes saines.

Le début est brutal par une douleur.

Brusquement, souvent à l'occasion d'un mouvement brusque — les auteurs allemands insistent surtout sur les mouvements de gymnastique — la femme ressent dans l'abdomen du côté de la torsion, une douleur horrible, brutale, syncopale parfois, assez intense pour faire tomber la malade,

Cette douleur atroce, un coup de poignard, rappelle tout à fait par sa violence celle qui accompagne la perforation brusque de l'appendice ou de l'estomac, ou encore la rupture d'une hématocèle.

Les douleurs dont le maximum de fréquence est toujours à la partie inférieure de l'abdomen, du côté de la torsion, peuvent irradier dans les jambes, les lombes, le rachis.

Bientôt apparaissent les vomissements alimentaires d'abord, puis bilieux.

Bref, c'est d'emblée le tableau d'un drame abdominal :

La constipation est de règle. Il y a même parfois arrêt complet des matières et des gaz.

On a beaucoup discuté pour savoir s'il y avait péri-

tonite véritable, même passagère. Pour Hartmann, il n'y en a pas et les signes de péritonisme que présentent ces malades peuvent trouver une explication en dehors de la septicité.

Il y a certainement péritonite puisqu'il peut y avoir des adhérences, signe de réaction de la séreuse, mais il est vraisemblable qu'il s'agit de péritonite non infectieuse aseptique dont Hartmann a prouvé l'existence et à la base de laquelle il y a certainement une action mécanique.

L'état général est moins atteint que ce qu'on pouvait craindre d'après l'intensité de ces phénomènes. La fièvre est modérée et ne dépasse pas 38°, par contre nous la trouvons signalée presque constamment, au contraire de certains auteurs qui la déclarent exceptionnelle.

Le pouls varie peu, il est rare de le voir dépasser 90, il est régulier.

Le faciès est quelquefois un peu altéré, altération qu'il faut surtout rapporter à la douleur.

A l'examen, le ventre nous apparaît le plus souvent ballonné, quelquefois rétracté à la palpation, hyperesthésie cutanée et défense musculaire surtout marquée du côté de la torsion.

La palpation est très douloureuse et rendue très difficile du fait de la contracture de défense.

Elle permet parfois de percevoir dans la fosse iliaque une tumeur correspondant à la torsion qui, si elle n'est pas tombée dans le Douglas, a presque constamment une évolution franchement abdominale.

Cette tumeur qui varie de la grosseur d'une noix à

celle d'une tête de fœtus est tendue, résistante, mate, légèrement fluctuante.

Le toucher vaginal, rendu parfois impossible par la virginité, ne fournit pas toujours dans ce cas des renseignements sûrs, du fait de la situation élevée de la tumeur. Dans les cas les plus favorables il permet de constater du côté correspondant à la douleur une masse résistante, très douloureuse, paraissant indépendante de l'utérus et solidaire de la tumeur abdominale.Ce sera naturellement un toucher bimanuel. Par ce procédé Wendeck serait arrivé à sentir un cordon monoliforme se dirigeant de la tumeur vers l'utérus.

Si la tumeur est prolabée dans le Douglas, le toucher vaginal reprend tous ses avantages et montre collée à la face post. de l'utérus une masse tendue, excessivement douloureuse, se prolongeant latéralement,qui permet de localiser la tumeur aux annexes.

Chez une vierge, le toucher rectal pourra rendre quelques services.

Ces différents signes, s'ils ne permettent pas toujours le diagnostic de torsion, permettent du moins, comme le dit Legueu, « d'éliminer dans le diagnostic les affections à distance comme l'occlusion intestinale auxquelles la prédominance d'un symptôme aurait pu faire penser. »

A l'opposé de cette forme aiguë à caractère brutal et dramatique, c'est la forme chronique ou plutôt la forme lente, progressive ou par étapes, mais forme susceptible, ne l'oublions pas, de revêtir un jour le caractère aigu de la première.

De cette forme, nous ne pouvons donner de meilleure description que l'observation de MM. Mouchotte et Périllat, que nous regrettons de ne pouvoir que résumer ici et qu'on trouvera in extenso dans le numéro de novembre 1921 de la *Revue de gynécologie et d'obstétrique*.

T... 35 ans, réglée à 12 ans régulièrement, 2 enfants à 19 et 21 ans, le second accouchement compliqué probablement de rétention incomplète, après lequel apparaissent des pertes blanches.

A 23 ans, fortes douleurs abdominales pelviennes, attribuées à une salpingite gauche, qui cédèrent au repos au lit. Elles reparurent l'année suivante plus violentes et s'accompagnant de fièvre. Elle fut soignée pour salpingite avec réaction péritonéale, par des injections chaudes, la glace, des lavements laudanisés.

En mai 1909, le professeur Richemont diagnostique une salpingite double à traiter médicalement, vu le jeune âge de la malade.

De 1909 à 1911 nouvelles crises douloureuses intermittentes, mais plus supportables et facilement calmées, pendant lesquelles la défécation était douloureuse, les rapports sexuels étaient évités et ils provoquaient la souffrance.

En 1910 il y eut une abondante perte d'eau par le vagin.

A dater de 1911 les crises douloureuses furent encore plus modérées, elles apparaissaient environ deux fois par mois durant au plus une nuit.

Cet état se maintint jusqu'en 1916 où elles commencent à être nettement impressionnées par les règles. Les douleurs se manifestaient pendant les 24 heures précédant la menstruation et cessaient dès l'apparition de l'écoulement sanguin, le flux menstruel amenait une sédation véritable et c'est à ce moment que la malade se trouvait mieux. Une

fois sur deux, les règles étaient abondantes et duraient une dizaine de jours, une fois sur deux, elles étaient courtes et peu marquées, et 8 jours après la malade avait une nouvelle crise.

En 1918, quelques troubles du côté de la vessie, mictions fréquentes.

En 1919, la malade eut, en se palpant, l'impression de quelque chose de gros et de mobile qui se déplaçait sur le côté droit de la vessie et dont la mobilisation déterminait une envie d'uriner.

Les crises douloureuses s'atténuent et ne s'accusent spécialement que lorsque les règles sont courtes et peu abondantes.

Vers la mi-janvier 1920, le ventre devint subitement et violemment douloureux, en même temps qu'il se tendit et durcit ; douleurs abdominales avec irradiation lombo-réno-ovurales.

A l'examen, tumeur abdominale volumineuse, empiétant sur ligne médiane, surtout développée à droite, très tendue et résistante, reconnue au toucher de siège parautérin droit. Intervention décidée en pensant à une annexite avec kyste ovarique.

Opération le 17 mars 1920 Il s'agit d'un gros hydrosalpinx droit, tordu sur son pédicule et rejeté vers la gauche, des adhérences molles l'unissent à l'intestin. La torsion est d'un tour complet d'avant en arrière, de plus la trompe tout entière s'est repliée plusieurs fois sur elle-même, présentant une sorte de mouvement hélicoïdal tendant à l'enrouler.

A gauche salpingite kystique qui plonge dans le Douglas, adhère aux parois du cul de-sac et solidement à la partie pelvienne.

Cette évolution par crises douloureuses fréquemment répétées, en rapport avec l'augmentation du volume de

l'hydrosalpinx et sa torsion, deux phénomènes qui, nous l'avons vu, se commandent mutuellement, avec périodes intercalaires de repos presque complet jusqu'au jour où une crise plus forte ou le volume de la tumeur commandent l'intervention, nous semblent tout à fait caractéristiques de cette seconde forme de torsion.

Il n'y a pas entre ces deux formes, nous l'avons dit au début de ce chapitre, toute l'opposition que semblent impliquer les deux termes choisis pour les caractériser, aigu et lent, et il nous paraît plus logique d'appeler celle-ci : forme à crises répétées qui tient compte de l'évolution à épisodes paroxystiques sans présumer de sa durée.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la torsion tubaire est des plus malaisés et il n'a, croyons-nous, jamais été fait jusqu'ici avec certitude. Tout au plus voyons-nous que Sorbi en 1910 aurait pensé avant l'opération à une torsion de la trompe.

Dans les cas les plus heureux, si nous pouvons ainsi parler, c'est un diagnostic *de torsion de kyste de l'ovaire* que l'on a porté. Dans tous les autres cas, le diagnostic que nous voyons le plus souvent revenir est celui d'appendicite, aussi bien pour les formes à crises répétées, quelquefois celui de *grossesse extrautérine rompue,* souvent celui d'*annexite*. Il nous semble que le diagnostic de torsion de la trompe est plus particulièrement *un diagnostic d'élimination*. Nous allons donc essayer de passer rapidement en revue les causes d'erreur en soulignant les signes qui nous permettent de les éliminer.

1° La torsion de la trompe droite sera le plus souvent prise pour une *appendicite*, en raison du siège variable de l'appendice et des annexes. *Un siège élevé de la dou-*

leur sera en faveur de l'appendicite, un *siège plus bas*, d'une torsion.

La notion d'un *traumatisme*, d'un mouvement violent qui aurait précédé les douleurs, plaide en faveur de la torsion, de même que l'apparition au moment de la *menstruation*.

La variété de tumeur reconnue à l'examen n'a pas une grande valeur diagnostique, car dans l'appendicite pelvienne comme dans la torsion, le doigt peut constater dans le cul-de-sac latéral l'existence d'une tumeur tordue, douloureuse ; plus importante est *l'apparition précoce de cette tumeur*, qui, nettement perçue quelques heures après le début de la crise, indique une torsion et plus encore son développement rapide dû aux transudations, aux hémorragies par stase veineuse et son accroissement vers le haut.

Dans la torsion, la *douleur* est d'ordinaire plus vive d'emblée que dans l'appendicite où elle est progressive. Aussi la violence de la douleur initiale rend vraisemblable la torsion.

La douleur, dans la torsion, semble moins rayonner dans la région ombilicale, comme c'est le cas dans l'appendicite.

La défense musculaire et l'hyperesthésie cutanée sont en général plus accentuées dans l'appendicite que dans la torsion.

La manœuvre de Rowsing a une grande valeur différentielle. La douleur provoquée au point de Mac Burney par la compression du côlon descendant et la compression du gaz manque dans la torsion et quoique son absence

dans l'appendicite ne soit pas un argument contre celle-ci, la valeur positive de cette recherche est d'importance pour le diagnostic différentiel.

Enfin, si sérieuse et si violente que soit la torsion, il est rare que la température et le pouls y soient gravement modifiés ou montrent des anomalies aussi caractéristiques que dans la torsion.

Si nous avons insisté un peu sur les différences entre l'appendicite et la torsion, c'est qu'il nous a paru que dans les observations, surtout celles de jeunes filles, la fréquence de ce diagnostic est extrême ;

2° Immédiatement après lui, *le kyste de l'ovaire.* Et nous devons dire que là les éléments de différenciation nous manquent à peu près complètement, si la malade n'a pas été examinée antérieurement à la torsion et le kyste de l'ovaire déjà reconnu.

3° *Dans la grossesse extrautérine* les signes qui dominent la scène sont ceux d'une grosse perte de sang ; mais dans certains cas, il est là aussi de ces symptômes qui ne s'accompagnent pas de phénomènes marqués d'anémie aiguë et se traduisent seulement par la douleur brutale et le péritonisme. Il faudra attacher la plus grosse importance aux *antécédents* ; absence de règles et examen des seins. La tumeur n'est ni mobile ni fluctuante, *elle est pâteuse et localisée en cul-de-sac post.* ; enfin il n'y a pas de fièvre ; c'est dans ce cas surtout qu'« intervenir s'il y a doute » trouvera sa plus parfaite signification.

4° *La salpingite banale* : elle s'accompagne de fièvre, les douleurs n'ont pas le caractère bientôt de la torsion,

elles sont sourdes et profondes sans caractère paroxystique. Dans l'anamnèse on retrouve toujours *des antécédents d'infection puerpérale* ou de *blennorragie* ; la tumeur n'est pas mobile et le toucher vaginal renseigne mieux que le palper abdominal.

5° *L'occlusion intestinale* parfois a pu être cause d'erreur, en général on n'y pensera guère, car dans la torsion on ne trouve pas de vomissements répétés et plus tard fécaloïdes, pas d'arrêt complet des gaz, etc.

6° *Un fibrome pédiculé tordu* est une tumeur dure qui a des rapports particuliers avec l'utérus.

7° *Les coliques hépatiques* sont éliminées du fait de l'absence de tumeur.

Si nous devons tirer une conclusion de cette longue étude, nous dirons que le diagnostic de torsion aiguë ne pourra être posé avec certitude qu'en de bien rares occasions. En présence d'une affection présentant les caractères d'un drame abdominal, il faudra penser à la possibilité d'une torsion des trompes. Bien souvent, ce sera encore le diagnostic de torsion de kyste de l'ovaire qui sera porté, encore sans grande importance d'ailleurs puisque l'intervention ne s'en imposera que mieux.

TRAITEMENT

Le traitement en effet, c'est l'intervention. En présence des signes alarmants de la torsion (ne cédant pas rapidement au traitement médical) et dans le doute quelquefois sur l'origine vraie de ces accidents, il faut opérer. Voilà pourquoi les erreurs de diagnostic dont nous avons pu apprécier outre l'extrême fréquence, la facilité, sont heureusement sans gravité, parce que dans tous les cas l'opération s'impose. Et les lésions trouvées à l'opération ne font que renforcer cette nécessité *d'intervenir*, car les lésions sont toujours plus avancées que ne semble l'indiquer le tableau clinique. Les parties tordues présentent le plus souvent un état apoplectique et quelquefois même gangréneux qui justifient et au-delà l'intervention.

On fera une *résection annexielle*, quand l'état des annexes opposées le permet, c'est elle qui s'imposera le plus souvent.

Le cas cité dans une de nos observations, d'une trompe qui, une fois détordue, fut laissée en place, pose la question de savoir si une intervention précoce ne permettrait pas de conserver les organes. Il n'en est

malheureusement rien. Une trompe dont la torsion a donné lieu à des signes assez alarmants pour justifier l'intervention, est toujours une trompe sérieusement altérée dont la conservation est tout à fait impossible et l'extirpation est la seule méthode logique de traitement.

Si la trompe opposée est malade, le traitement sera l'hystérectomie avec conservation des ovaires, s'ils ont une apparence saine et s'il s'agit d'une femme jeune.

OBSERVATIONS

Obs. I. — Mme S., 30 ans, un enfant, entrée le 27 décembre 1922 pour une crise douloureuse très violente, survenue deux jours avant son entrée à l'hôpital.

Bien réglée, règles abondantes sans caillots ; aucun retard des règles. Pas de pertes blanches. Très bien portante.

Début brusque le 25 décembre par douleur vive dans le bas-ventre et à droite. Vomissements. Le médecin traitant pense à une appendicite pelvienne. Glace.

Le jour de son entrée à l'hôpital, la température est à 37°7 avec un pouls à 112 ; le faciès est fatigué. Aucune perte.

Examen : Masse annexielle droite, ronde, kystique, très douloureuse ; l'utérus est en rétroversion légère, de sorte que la masse est plus antérieure que l'utérus. A gauche l'ovaire est gros, indolore.

Diagnostic : On pense immédiatement à la torsion d'un petit kyste de l'ovaire, mais on discute le diagnostic avec l'appendicite pelvienne, l'hématocèle, la salpingite avec réaction péritonéale de voisinage.

Traitement : Glace et expectative armée.

Evolution : Le lendemain 28, température 38°, pouls 116, la masse latéro-utérine a augmenté de volume, elle est cependant moins douloureuse. On juge prudent de ne pas attendre plus longtemps. L'opération est décidée.

Opération : Le 30 décembre 1923, opérateur professeur Jean-Louis Faure.

Anesthésie générale au Schleich. Laparotomie médiane. Dès l'ouverture du péritoine, on trouve un peu de sérosité très légèrement teintée de sang On voit devant et à droite de l'utérus une annexe de la grosseur du poing, noirâtre, rattachée à la corne utérine par un fin pédicule tordu. Section à ce niveau entre deux pinces et ablation de la masse tordue.

L'utérus est normal, mais on trouve à gauche un petit kyste de la grosseur d'un œuf de poule, rond, transparent, paraissant développé aux dépens de l'ovaire gauche.

On fait alors une hystérectomie subtotale

Péritonisation et drainage.

Examen de la pièce : La grosse masse noirâtre hématique comprend :

1° Un kyste du parovaire, à paroi mince, contenant un liquide citrin, clair ; la surface extérieure du kyste est infiltrée de sang lui donnant une coloration rouge foncé ;

2° L'ovaire normal, mais rouge noirâtre, infiltré de sang ;

3° La trompe étalée à la surface du kyste noire, infiltrée de sang, mais saine en apparence, pavillon ouvert.

La torsion totale du ligament large s'est faite au voisinage de la corne utérine, un tour complet paraissant arrêter com-

plètement la circulation veineuse et partiellement la circulation artérielle.

Le petit kyste du côté gauche est développé entre la trompe et l'ovaire, il est trois fois moins gros que celui du côté droit, il est rond, transparent, à liquide aqueux, c'est un kyste du parovaire.

De ce côté le ligament large est très allongé et on comprend très bien la facilité de torsion de la totalité du ligament large.

Suites opératoires. — Très simples. Ablation du drain le 4e jour. — La température reste entre 37 et 38. Ablation des agrafes le 12e jour. — Sortie en très bon état le 20 janvier 22 jours après son opération.

Obs. II. — M. A... 46 ans, 1 enfant — entre à l'hôpital le 16 février 1923 pour douleurs dans le bas-ventre et fièvre (38°).

Bien réglée, a été soignée pour métrite et salpingite droite au début de l'année 1922.

En octobre 1922, crise douloureuse avec vomissements, considérée par le médecin traitant comme crise d'appendicite.

Début. — Crise douloureuse après les règles de janvier 1923. Après quelques jours d'alitement chez elle, elle entre le 16 février à l'hôpital Broca, avec le diagnostic de salpingite droite. Température 38°.

Examen. — Le cul-de-sac de Douglas est rempli par une masse arrondie, paraissant être au premier abord le corps de l'utérus ; le cul-de-sac droit est empâté et l'idée première est qu'il s'agit de rétroversion adhérente avec annexite droite.

Un examen plus approfondi montre que la masse postérieure est trop douloureuse pour être le corps utérin. L'hystérométrie montre en effet que la cavité utérine a 6 centimètres, que l'utérus est en position directe et que la masse

de Douglas est une masse salpingoovarienne collée à la face postérieure de l'utérus.

Diagnostic. — Salpingite prolabée dans le Douglas, avec rétroversion légère — appendicite.

Traitement. — Repos au lit, glace. On songe même à la possibilité d'une colpotomie.

Evolution. — La température reste entre 38 et 39° pendant quelques jours La malade présente en même temps de la bronchite, et il est probable que la fièvre est due en grande partie aux lésions pulmonaires.

Les règles se produisent du 2 au 7 mars sans produire de recrudescence dans les phénomènes inflammatoires. On n'observe cependant aucune diminution dans le volume de la masse annexielle postérieure, les douleurs persistent sous forme de petites crises ; le toucher vaginal est toujours très sensible, cependant la température est au voisinage de la normale.

Quoiqu'il n'y ait eu aucun retard de règles, on pense à la possibilité d'une grossesse extrautérine.

Une ponction du Douglas est faite le 16 mars avec l'aiguille de Douay, on retire un peu de liquide hématique, ce qui paraît confirmer l'hypothèse d'hématocèle. L'opération est décidée.

Opération. — Le 20 mars 1923 (opérateur professeur J. Louis Faure) anesthésie générale au schleich. Laparotomie médiane.

— Trompe droite tordue sur son pédicule et prolabée dans le Douglas.

— Ablation de cette trompe légèrement adhérente.

— Appendicectomie.

— Fermeture avec drainage du Douglas.

Examen de la pièce. — La pièce comprend l'ovaire et la trompe, l'ovaire est normal d'aspect, la trompe comprend :

1° Un segment tordu, long de 6 centimètres, allant de l'ovaire jusqu'à la dilatation kystique. On distingue trois

tours de torsion dans le sens inverse des aiguilles d'une montre. Cette torsion n'est pas très serrée ;

2° Un segment kystique de la grosseur d'une mandarine, de coloration rouge foncé, la paroi est épaisse, on voit à sa surface les restes du pavillon oblitéré, le contenu est un liquide hématique, épais, muqueux et brunâtre.

Il s'agit d'une trompe malade, kystique, à pavillon fermé, dont *le méso, très allongé et particulièrement lâche*, a permis une torsion de plusieurs tours indépendante de l'ovaire et du reste du ligament large.

Suites opératoires. — Ablation du drain le 3e jour, température autour de 38° pendant 6 jours. Ablation des agrafes le 11e jour.

Petite poussée de fièvre le 12e jour coïncidant avec période menstruelle.

Cicatrisation sans complication, sortie le 19 avril, 31 jours après l'opération.

Obs. III. — M. P , 20 ans, entrée le 2 mars 1925 pour salpingo-ovarite gauche.

Bien réglée, 1 enfant (18 mois) accouchement normal.

Début : Depuis deux mois, se plaint de douleurs dans le ventre du côté gauche. Pas de pertes blanches, règles un peu plus abondantes.

Le 26 février, sans retard : reprise des pertes de sang le 5 mars, un jour pendant son séjour à l'hôpital.

Examen : A son entrée à l'hôpital, on constate un utérus un peu gros, assez ferme, avec col mou.

On sent à droite un cul-de-sac souple avec ovaire perceptible et normal.

A gauche le cul-de-sac est rempli par une masse ronde, un peu irrégulière, tendue, donnant l'impression d'une masse kystique. La pression provoque une douleur vive. Température 37°8.

Diagnostic : Annexite gauche. Il s'agit probablement d'une salpingite avec un gros ovaire kystique.

Traitement : Repos au lit et glace sur le ventre.

Evolution : Les douleurs se calment, mais la masse annexielle ne diminue pas de volume, au contraire, elle paraît augmenter.

On pense à ce moment à une hématocèle latéro-utérine, sans retard de règles, quoique la malade ne pense pas qu'elle pourrait être enceinte. L'absence de température (37,5) et une petite perte de sang survenue le 5 mars, paraissent en faveur de cette hypothèse.

De toutes façons, le diagnostic étant hésitant, on ne prolonge pas la temporisation et l'opération est décidée.

Opération : Le 10 mars 1925, opérateur, Pr J. L. Faure. Anesthésie au mélange de Schleich.

Incision médiane sous-ombilicale.

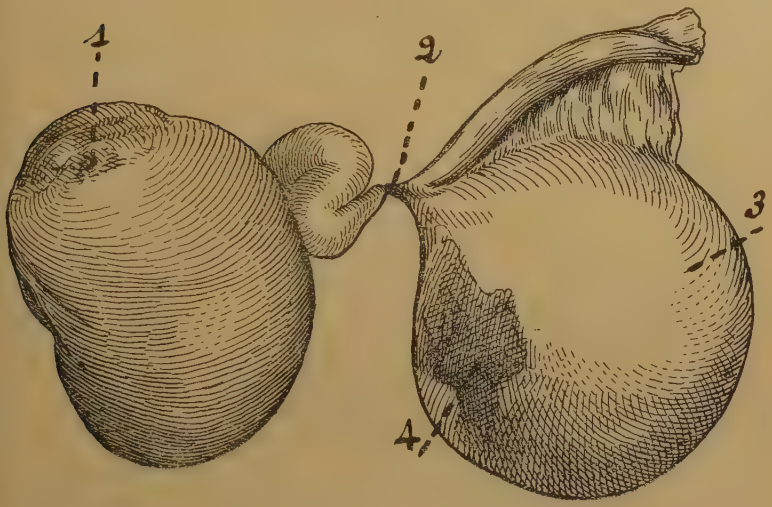
Un peu de sérosité rosée (légèrement hématique dans le péritoine).

La masse annexielle gauche est formée d'une partie noirâ-

tre, hématique, qui paraît être une grossesse tubaire en voie de rupture, et une autre rosée qui paraît être un ovaire kystique.

Ablation de l'annexe malade entre deux pinces, une pince au voisinage de la corne utérine, une autre sur le pédicule utéro-ovarien. Ligatures. Ablation de l'appendice.

Fermeture avec drainage (drain dans le Douglas).



Obs. III. — 1° Pavillon oblitéré.
2° Torsion.
3° Kyste de l'ovaire.
4° Surface d'accolement avec la trompe tordue.

Suites : très favorables. Ablation du drain le 3e jour, des fils le 10e jour. Sortie cicatrisée le 14e jour ; la température n'a pas atteint 38°.

Examen de la pièce : Après avoir décollé les adhérences molles qui unissent l'ovaire et la trompe, on voit que la pièce comprend :

1° Une partie noire, hématique, kystique, de la grosseur d'une grosse noix, formée par la moitié interne de la trompe tordue sur elle-même et l'union de l'ampoule et de la portion isthmique. Le pavillon est oblitéré et étroit, intimement adhérent à la face interne de l'ovaire.

2° Une partie de coloration normale, sans aucune inflammation comprenant la trompe dans sa portion isthmique et un ovaire kystique de la grosseur d'un petit œuf de poule.

Il s'agit d'un hématosalpinx par torsion. La zone de torsion est très étroite et très serrée, la torsion est de 1 tour et demi dans le sens inverse des aiguilles d'une montre.

Obs. IV. — M. Ch..., 45 ans, 2 enfants, entrée le 19 octobre 1925.

Depuis un an, les règles sont irrégulières, abondantes et longues. Douleurs pendant la période menstruelle, spécialement à la fin des règles, avec poussée fébrile Ces troubles s'accentuent surtout depuis deux mois.

Elle entre à l'hôpital avec le diagnostic de fibrome.

Examen : Gros utérus irrégulier, douloureux en rétroversion, masse annexielle droite, sensible à la pression, immobile.

Diagnostic : Le diagnostic de fibrome est mis en doute ; en tout cas, il ne s'agit pas d'un fibrome pur mais d'un fibrome compliqué d'annexite. Aussi l'opération paraît-elle indispensable.

Evolution : Malgré le repos au lit, la température s'élève aux environs de 38°. Les lésions pelviennes n'ont aucune tendance à rétrocéder.

Opération le 27 octobre 1925. Opérateur : Pr J. L Faure.

Anesthésie générale au Schleich.

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

A l'ouverture du péritoine, on constate de nombreuses adhérences épiploïques et intestinales qui sont détruites à la pointe des ciseaux courbes. On trouve alors derrière l'utérus

dans le cul-de-sac de Douglas et à droite une grosse trompe rouge violacée.

Hystérectomie subtotale par le procédé américain, de droite à gauche.

On enlève ainsi la salpingite kystique, intacte sans l'ouvrir.

Ligature : surjet sur le moignon du col.

Péritonisation : un drain dans le Douglas.

Fermeture de la paroi en 3 plans.

Examen de la pièce : Il s'agit d'une salpingite kystique droite, de la grosseur et de la couleur d'une petite aubergine. Une torsion s'est produite à 3 centimètres de la corne utérine, laissant l'ovaire intact, fixé à l'utérus Le pavillon dont les franges sont accolées et peu visibles a presque disparu. La paroi tubaire est épaisse, et infiltrée de sang noir. Le contenu est un liquide séro-hématique noir, non coagulé.

La torsion est d'un tour et demi dans le sens des aiguilles d'une montre.

A gauche, on voit un petit hydrosalpinx de la grosseur

d'une amande, développé aux dépens de la portion ampullaire de la trompe.

Cet hydrosalpinx présente un commencement de torsion d'un demi tour très facilement détordu, laissant l'ovaire en dedans, à côté à l'utérus. Cette torsion montre parfaitement la façon dont le côté gauche s'est tordu.

Suites : très favorables. Ablation du drain le 3e jour. La température à 38° les trois premiers jours, tombe rapidement autour de 37°. Ablation des agrafes le 11e jour, sortie complètement guérie le 15e jour.

CONCLUSIONS

1° En dehors des cas fréquents de torsion de la trompe accompagnant la torsion de l'ovaire kystique, il existe des cas beaucoup plus rares, de torsion isolée de la trompe.

2° La trompe saine peut se tordre isolément, fait bien démontré actuellement par quelques observations (Auvray).

3° Les quatre observations que nous avons recueillies dans le service du Pr Jean Louis Faure sont des cas de torsion d'une trompe malade.

Dans ces cas, l'oblitération du pavillon paraît être la lésion initiale. Le liquide s'accumule dans la cavité de la trompe, créant un hydrosalpinx dans une trompe mobile. Il se forme à l'union de la portion ampullaire distendue et de la portion isthmique restée normale, une sorte de pédoncule. C'est à ce niveau que la torsion se produit.

4° Les accidents de torsion peuvent être brusques : torsion aiguë, ou progressifs, par poussées successives :

torsion chronique. C'est cette deuxième variété que nous avons notée dans nos observations.

5° Le diagnostic clinique est presque impossible à faire et n'avait pas été porté dans nos observations. Il est confondu avec l'appendicite, le kyste tordu, la grossesse extrautérine, la salpingite, l'occlusion, le fibrome pédiculé tordu.

6° Le diagnostic de l'intervention est fait par suite de l'aggravation successive des symptômes, malgré le repos et le traitement habituel de la salpingite.

7° Au cours de l'opération, on se conforme à la nature des lésions observées : ablation de l'annexe malade ou hystérectomie suivant le cas.

Vu, le Doyen,
H. ROGER.

Vu, le Président,
J. L. FAURE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
LAPIE.

BIBLIOGRAPHIE

Pour la bibliographie antérieure à 1911, voir thèse de Vernié, Paris, 1911.

Stark. — Torsion aiguë des annexes normales avec hématosalpinx (*Journal of obstetrical and gyn.*, février 1911, n° 2).

Schmitt. — Diagnostic differentiel entre l'appendicite et la torsion des annexes (*Beit. zur Klinik chir.*, Bd LXXVI, Hft 3).

Norris. — Torsion des annexes normales (*American Journal of obst.*, and diseases of women, 1911, p. 850).

Cossidy. — Torsion du ligament large et de la trompe (*Lancet*, janvier 1911).

Auvray. — Un cas de torsion spontanée de la trompe et de l'ovaire normaux (*Archives mensuelles d'Obst. et Gyn.*, t. I, n° 7, juillet 1912).

Auvray. — Un nouveau cas de torsion de la trompe saine (*Archives mensuelles d'Obst. et Gyn.*, 7 septembre 1913)

Schweitzer. — Isolierte torsion der normalin tube (*Zentral fur gynekol.*, 1918, n° 2).

Bubsamen. — Sielgedrehte hydrosalpinx gyn. geschul. zu Dresden (*Zentral fur gyn.*, 1919, n° 18).

Peine. — Uber Stieltorsion entzünder Eileiter (*Zentral f. g.* 1919, n° 26).

E. Zikmund. — Uber torsion gestielter tumosen (*Z. f. g.*, 1920, n° 12).

Schweizer. — Ein fall von einsertiger Selbstanputation der Adnexe (*Z. f. gyn.*, 1920, n° 19).

Dearborn. — Torsion des trompes (*Boston medical and surgery Journal*, 1921).

Berguet et Mlle Romay. — Hydrosalpinx à pédicule tordu (*Bulletin Société Anatomie*, Paris, juillet 1921).

Braine. — Torsion d'une salpingite (*Bulletin Société Anatomie*, Paris, 1921).

Mouchotte et Périllat. — Hydrosalpinx volumineux tordu sur son pédicule (*Revue française de gynécologie et obstétrique*, novembre 1921).

Büder. — Stieldrehung der tube bei normalin virginellin geschlechtstraktus (*Z f. G.*, 1921, n° 1).

Hofmann. — Isolierte Stieldrehung der tube inn. S. schwangerschaftsmonat (*Z. f. G.*, 1921, n° 33).

Hansen. — Tubertorsion mit hamatobildung und ihre etiologie (*Z. f. G.*. 1922, n° 18).

Bittmann. — Spontantorsion der tube in der graviditot (*Z. f. G.*, 1922, n° 21).

Michel. — Isolierte torquierte normale tube (*Z. f. G.*, 1922, n° 22).

Sellheim. — Erklàuing der Achsendrehung von Eierstockscystèn, v. s. w. (*Zentral fur Gyn*, 1922, n° 30) (*Münchener med. Wohenschr.*, 1922, n° 34).

Eunike. — Isolierte torquierte normale tube (*Z. f. G.*, 1922, n° 37).

B. Schweizer. — Uber die torsion der Adnextundren lateral von ovarium (*Schweizer med. Woschenschr.*, 1922, n° 43).

Hüssy. — Isolierte torquierte normale tube (*Z. f. G.*, 1922, n° 48).

Tourneux. — Torsion des annexes, société obstétrique et gynécologie (*Toulouse*, 22 février 1922).

Hausen. — Torsion de la trompe avec formation d'hématome et son étiologie (*Zent. für gyn.*, 6 mai 1922).

Scliwartz. — Beitrag Zum Vorkommen der Erleiter drehung (*Z. f. g.*, 1922, n° 49).

Michel. — Torsion isolée d'une trompe normale (*Zentral. für gyn.*, XLVI, n° 21, 3 juin 1922).

Eunike. — Torsion d'une trompe saine (*Zentral. für gyn.*, 21 août 1922, XLVI, n° 34).

Scheid. — Torsion du pédicule des annexes chez l'enfant (*Zent. für. gyn.*, septembre 1922).

Neugebauer. — Torsion du pédicule des annexes dans l'enfance (*Zentral fur gyn.*, n° 49, p. 1961, 9 décembre 1922).

Cohen. — Torsion des annexes de l'utérus avant la puberté (*The journal of American medical Association*, t LXXX, n° 6, février 1923, p. 382).

Laurentié. — Torsion d'un hématosalpinx, société obtétrique gynécologie. Toulouse, séance du 29 janvier 23 (*Bulletin de la Soc. d'obstétrique et gynécologie*, Paris, n° 7, p. 447).

Fournier. — 2 observations de torsion de tumeurs abdominales. Hématosalpinx et kyste de l'ovaire (*Bulletin Société obstétrique et gynécologie*, 1923 p. 609).

Dujarier. — Torsion de la trompe droite (*Bulletins et mémoires Société chirurgie*, t. L., n° 9, 15 mars 1924).

Potherat. — Torsion de la trompe atteinte d'hématosalpinx (*B. et M. Soc. chirurgie*, t. L., n° 12, 5 avril 1924).

Murray. — Ein fall von strangulation von normaler tube und ovarium (*Z. f. g.*, 1924, n° 7).

Pinerohn. — Gynekal. geschschafft Breslau stieldrehung der rechten adnexe nach Sturz von Bade (*Z. f. g.*, 1924, n° 9).

Hirsch. — Ein fall von spontanabtrennung der adnexe (*Zent. für gyn.*, 1924, n° 9).

Schwarzwaller. — Zwei falle isolierte stieldrehung der tube (*Zentralblatt gynak.*, 1924, n° 42).

Payr. — Uber die Ursachen der Stieldrehung intraperitoneal gelegener organe (*Archiv. f. Klin chirurgie*, Bd, LXVIII).

Payr. — Weitere zur Frage der stieldrehung intraperitonealer organe und geschweilste (*Deutsche Zeitschr f chir.*, Bd. LXXXV).

Davies. — Torsion de la trompe de Fallope (*The Britisch medical journal*, 4 avril 1925).

Lambert Bogers. — Torsion des trompes de Fallope (*British medical journal*, n° 3.356, 25 avril 1925).

Crossmann. — Sur le mécanisme de la torsion tubaire (*Zent fur gyn.*, ann. XLIX, n° 18, 2 mai 1925).

Haim. — Sur la torsion des trompes (*Zent. fur chir.*, ann. XLIX, n° 22, 30 mai 1925).

Michael. — Torsion d'une trompe normale. Nederlandsch. Tydschrift voon geneeskunde an 68, n° 23, 6 décembre 1924, p. 2 828 (*C.' R. Journal chirurgie*, XXV, n° 3, p. 369, mars 1925).

Goulloud. — Volvulus de la trompe (*P. M.*, 1925, n° 18, 4 mars).

Marshall Allan. — Torsion de la trompe normale (*The medical journal of Australia*, ann. XII, vol. 11, n° 8, 22 septembre 1925).

Michon. — Trois cas de volvulus de la trompe (*Lyon médical*, 1925).

Mathieu. — *Bull. Société Obst. et gyn.*, Paris, 1925.

Rocher et Jeanneney. — *Bulletins et Mémoires Soc. Nat. Chir.*, t. LII, n° 10, 20 mars 1926).

1926. Saint-Amand (Cher). — Imp. A. CLERC.